DE L'OPÉRATION

D'ALQUIÉ-ALEXANDER

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le vendredi 17 mai 1901

PAR

WLADIMIROFF

Né à Sevlievo (Bulgarie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE

—

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✳), Doyen.
FORGUE, Assesseur.

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS (✳).
Clinique médicale.	GRASSET (✳).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.	GRYNFELTT.
Id. Chargé du cours, M. Puech.	
Thérapeutique et Matière médicale.	HAMELIN (✳).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✳).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et Appareils.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✳).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	VALLOIS, agrégé.
Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	VIRES, agrégé.
Pathologie externe......	IMBERT, agrégé.
Pathologie générale.......	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs :
BROUSSE.	PUECH.	RAYMOND.
RAUZIER.	VALLOIS.	VIRES.
LAPEYRE.	MOURET.	IMBERT.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	BERTIN-SANS
de ROUVILLE.		

M. H. GOT, *Secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *professeur, président.*
GILIS, *professeur.*
PUECH, *agrégé.*
IMBERT L., *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profond amour.

A MES FRÈRES ET SŒURS

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

WLADIMIROFF.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PUECH

A TOUS MES AMIS

WLADIMIROFF

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il est un devoir qui s'impose à nous avec impérieuse douceur : celui de remercier nos Maîtres.

Nous ne pensons jamais sans émotion à l'accueil plein de sympathie avec lequel ils nous ont toujours reçu à la Faculté ou dans les hôpitaux.

Qu'il nous soit permis de leur exprimer toute notre reconnaissance.

C'est un sentiment de profonde gratitude et de respectueuse sympathie que nous conserverons toujours envers M. le professeur Estor, pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous ne saurons assez dire à M. le professeur agrégé Puech, le promoteur de notre thèse, quel droit il s'est acquis à notre reconnaissance. C'est grâce à sa bienveillance et à ses conseils que nous avons pu mener cette étude à bonne fin.

Il nous reste enfin à exprimer les vœux que nous formons pour la France; c'est dans ce pays, qui nous offrit une si généreuse hospitalité, que nous avons vécu nos meilleures années d'études.

La France conservera toutes nos sympathies.

WLADIMIROFF.

INTRODUCTION

Vers le milieu de ce siècle, Velpeau, alors un des princes régnants de la chirurgie, rendait l'arrêt suivant : « Les déplacements de l'utérus ne tuent pas, mais ils ne guérissent pas ». Il fallait bien, pour que l'illustre Velpeau condamnât d'une façon aussi catégorique tous les moyens employés jusque-là contre les déplacements de l'utérus, que les résultats obtenus fussent bien médiocres et peu encourageants.

Mais les recherches devaient-elles s'arrêter là ? Et la science officielle avait-elle dit son dernier mot dans l'aphorisme trop absolu du célèbre chirurgien ?

Si, comme l'a écrit Pajot, les pessaires ont prétendu guérir, si les redresseurs ont payé quelques rares succès de terminaisons fatales par trop nombreuses, et si l'hystéromètre a été d'un usage plutôt nuisible qu'utile, toutefois, contrairement à ce qu'écrivait le même auteur, tout n'avait pas été dit, tout n'avait pas été écrit, tout n'avait pas été tenté contre les déviations et les déplacements de l'utérus.

Au nombre des méthodes chirurgicales que l'on a employées pour remettre en place l'utérus et le maintenir dans sa situation normale ou tout au moins dans une situation moins pénible pour la femme, nous devons inscrire le raccourcissement des ligaments ronds.

Ayant eu l'occasion de voir pratiquer cette opération par M. le professeur agrégé Puech, pendant qu'il suppléait M. le professeur Grynfeltt dans le service de la clinique obstétricale

et gynécologique, l'idée nous est venue de consacrer son étude à notre thèse inaugurale.

Déjà l'opération d'Alquié-Alexander a fait l'objet de nombreux travaux; aussi n'avons-nous pas la prétention de faire œuvre bien nouvelle.

Il est cependant deux points que nous avons tout particulièrement à mettre en lumière:

1° En ce qui concerne l'historique, tous les auteurs de thèses, et avec eux tous les traités de gynécologie, avancent qu'il ne fut fait aucun rapport à l'Académie de Médecine sur le travail communiqué par Alquié; c'est là une erreur, ainsi que déjà en 1887 M. Puech l'a montré.

2° Au point de vue du manuel opératoire, nous insistons sur une modification à la technique proposée par notre maître dans son mémoire de 1887 sur le raccourcissement des ligaments ronds: l'incision d'emblée, dans tous les, cas, de la paroi antérieure du canal inguinal.

OBSERVATION

Dr.... Marie, 24 ans, célibataire, ouvrière, entrée le 13 septembre 1900.

Diagnostic.— Métrite hémorragique. — Rétroversion mobile, curetage de l'utérus. — Opération d'Alquié-Alexander.

Antécédents : (a) *Héréditaires.*— Père mort à 80 ans, mère morte à 48 ans après avoir présenté pendant un certain temps des pertes rouges, a trois sœurs dont l'une morte de tuberculose pulmonaire.

(b) *Personnels.*— 1° Pathologiques : sujette à des bronchites d'hiver, état nerveux très accentué ;

2° Physiologiques : La menstruation s'est établie à 19 ans ; depuis lors irrégulière, caractérisée par des absences de 2, 3 à 5 mois, non douloureuses, durant 8 jours, très abondantes, pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Maladie actuelle. - Le 15 mai, après une absence de règles ayant duré 3 mois, la malade est prise brusquement d'une hémorragie très abondante, avec caillots et douleurs dans les reins et le bas-ventre. Cette perte se continue avec les mêmes caractères pendant 3 jours....., desquels la malade rentre à l'hôpital suburbain. Là on déclare à la malade si elle a fait un avortement et on lui fait un curetage utérin. Pendant 8 jours la malade continue à perdre, en même temps elle se plaignait des douleurs dans le bas-ventre siégeant particulièrement du côté droit. Séjour au lit de 3 semaines; six semaines après le curetage, la malade est prise d'une perte rouge très abondante ayant duré 10 jours et, comme la dernière, s'accompagnait de caillots.

La malade avait repris ses occupations. Dans le courant de juillet et d'août pas de pertes, mais à la fin d'août, la malade est reprise d'une hémorragie très abondante qui a duré 11 jours et s'arrête seulement deux jours avant son entrée à la clinique (13 septembre).

État actuel.— Femme maigre, se plaignant de douleurs dans le ventre qui se montrent surtout à l'occasion d'une fatigue par des troubles de mixtion, constipation, nécessitant l'usage de lavement.

Le palper abdominal ne révèle rien de particulier. En pratiquant le toucher, le doigt tombe immédiatement sur le col

qui regarde vers la symphyse du pubis, l'exploration des culs-de-sac latéraux et antérieurs reste absolument négative. Dans le cul-de-sac postérieur on sent le corps de l'utérus dont on peut suivre facilement la face postérieure. L'utérus est mobile et il est facile de réduire la rétroversion. L'utérus paraît légèrement augmenté de volume à l'examen au spéculum, col absolument sain. Le cathéter utérin donne comme mensuration 7 centimètres trois quarts, son bec se meut facilement dans la cavité et ses mouvements provoquent l'issue d'un peu de sang.

Diagnostic. — Métrite hémorragique, rétroversion mobile. Le 17 septembre, curetage après dilatation à la laminaire. Opération d'Alquié-Alexander; le curetage amène l'issue d'un certain nombre de fongosités utérines et s'accompagne d'hémorragie assez abondante, à laquelle mettent fin deux attouchements de la cavité utérine avec de la ouate imprégnée de perchlorure de fer. A la suite de la découverte du ligament rond par incision de la paroi antérieure du canal inguinal, les ligaments ronds sont raccourcis de chaque côté de 0.10 cent. Fixation du ligament par 3 fils de soie. Reconstitution de la paroi antérieure du canal. Fermeture de la plaie au crin de Florence sans drainage. Pansement: mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération, phénomènes de Shock nécessitant l'emploi de piqûres d'éther, de caféine et d'une injection de sérum artificiel. Vomissements pendant deux jours. Mais la température ne s'est jamais élevée au-dessus de 38° et le ventre est toujourrs resté souple et non ballonné.

Le 8me jour, ablation des fils. Réunion parfaite de la plaie.

Le 15me jour, suppression du pansement et au bout de trois semaines la malade commence à se lever.

Dès le 2me jour on a enlevé la mèche de gaze vaginale et on s'est contenté d'injections vaginales.

La malade a été revue trois mois après. L'utérus est en antéversion légère ; les règles sont normales ; écoulement blanc presque insignifiant. L'état général est très bon.

Après avoir donné l'observation recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Puech, qui est le point de départ de notre travail, nous étudions :

Dans un premier chapitre, l'historique de la question ; le second chapitre comprend l'étude anatomique et physiologique des ligaments ronds, étude préliminaire qui nous a paru indispensable pour préciser les conditions et les détails de l'opération d'Alquié-Alexander.

Dans un troisième chapitre nous étudierons le manuel opératoire.

Après un court aperçu clinique sur la question, ce qui fera l'objet du quatrième chapitre, vient un cinquième chapitre sur les indications et les contre-indications de l'opération d'Alquié-Alexander.

Dans le sixième, nous donnons une statistique des résultats obtenus par l'opération d'Alquié-Alexander.

Enfin, viennent nos conclusions, que nous nous sommes efforcé de rendre aussi courtes et aussi claires que possible.

DE L'OPÉRATION

D'ALQUIÉ-ALEXANDER

CHAPITRE PREMIER

Historique

Comme le fait remarquer le Dr Manrique, les auteurs anciens : Avicenne, Ambroise Paré....., après eux les chirurgiens du XVIIIe siècle, admettaient bien le relâchement des ligaments comme cause de l'hystéroptose. Mais aucun d'entre eux n'en a tiré une conclusion au point de vue thérapeutique.

En 1840, Alquié, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, envoie à l'Académie de Médecine une note manuscrite sur : «Une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice». Le travail est lu dans la séance du 17 novembre de la même année.

Manrique, dans sa thèse inaugurale, dit qu'il est probable que Villeneuve et Baudelocque, qui étaient chargés d'examiner ce travail, ne firent aucun rapport à ce sujet, car on ne trouve dans les mémoires de l'Académie de Médecine aucune mention relative au travail d'Alquié.

Beurnier reproduit la même opinion. Varde (thèse de Paris,

1893) et Simoes (thèse de Paris, 1897) font simplement remarquer que le mémoire d'Alquié passe complètement inaperçu.

Pozzi, dans son Traité de Gynécologie, déclare, lui aussi, dans une note relative à l'historique de l'opération (page 487 de la deuxième édition), qu'il ne fut fait aucun rapport sur la communication d'Alquié à l'Académie de Médecine. De même MM. Labadie-Lagrave et Legueu, après avoir rappelé que, le 17 novembre 1840, Alquié présente à l'Académie un mémoire «sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice», ajoutent que «malheureusement il n'y eut pas de rapport».

Or ce rapport existe. Dès 1887, dans un travail paru dans le *Montpellier médical*, M. Puech en signalait la présence dans le tome X du *Bulletin de l'Académie de Médecine* de l'année 1844, quatre ans après la communication d'Alquié, et en rappelait les principales conclusions.

Pour fixer ce point de l'histoire de l'opération qui nous occupe, nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt de reproduire ici ce rapport, qui a échappé à presque tous les gynécologistes.

RAPPORT

Nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice, par M. le Dr Alquié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier (Rapport de MM. Baudelocque, Bérard et Villeneuve, rapporteurs) :

L'auteur de ce travail commence par établir qu'aucun des nombreux moyens proposés jusqu'à ce jour pour remédier aux déplacements de l'utérus ne s'adresse directement au siège, à la cause du mal, et qu'ils se bornent tous à remédier aux effets.

Ayant examiné avec soin, chez des femmes mortes avec cette infirmité, l'état des ligaments qui soutiennent l'utérus, il se flatte d'avoir saisi en même temps et l'origine du mal et le moyen direct d'y remédier. Cette origine tient, selon lui, à l'élongation, à l'allongement des ligaments ronds; le moyen d'y remédier consiste, dit-il, à tirer au dehors ces ligaments et à leur faire contracter, dans un certain point de leur étendue, des adhérences au milieu des cicatrices qui seraient la suite d'incisions pratiquées dans les régions où viennent s'attacher ces ligaments.

A ce peu de paroles qui vous suffiraient sans doute pour vous faire apprécier la valeur du procédé opératoire dont il s'agit, vos commissaires, avant de passer outre, doivent s'empresser d'ajouter que le tout est pure théorie; que M. Alquié n'a jamais pratiqué cette opération que sur des cadavres et qu'il ne paraît pas disposé à en user, sur le vivant, que chez les animaux.

Ces circonstances rassurantes une fois exposées, parcourons sans crainte le travail dont il s'agit.

Ayant examiné avec une attention particulière les moyens employés par la nature pour fixer l'utérus dans la place qu'il doit occuper, M. Alquié n'en a vu que de très faibles du côté du péritoine.

Selon lui, c'est aux ligaments ronds que se trouve confié l'assujettissement efficace de l'organe dont il s'agit, ce qui le conduit à manifester son étonnement du peu d'attention que, selon lui, les auteurs qu'il a consultés ont donnée à la disposition de ces ligaments, surtout dans les cas de descente de l'utérus. Pour remplir en partie cette lacune, il donne de ces ligaments une description très détaillée, dans laquelle il est dit que chez les jeunes filles ils suivent une direction presque rectiligne, tandis que chez les femmes au delà de 25 ans et surtout lorsqu'elles ont eu des enfants, le trajet de ces ligaments est de plus en plus courbe. Selon lui, ils se fixent en avant sur l'épine du pubis et non dans la grande lèvre et le mont de Vénus, comme on le dit généralement. Ce qui a contribué, dit-il, à répandre cette erreur, c'est la disposition de la terminaison de l'enveloppe fibreuse du ligament qui, s'étalant au moment où ce cordon se rétrécit, vient s'étendre au-devant de la symphyse pubienne et sur l'anneau pubien du canal inguinal.

C'ést dans ces deux sortes d'attaches que M. Alquié voit la fixité réelle du seul annexe de l'utérus qui puisse maintenir cet organe dans sa position normale. Enfin, selon lui, c'est uniquement au relâchement ou à l'extension de ces ligaments qu'il faut attribuer tout abaissement anormal de l'utérus. Les tiraillements dans la région inguinale dont se plaignent les femmes atteintes de prolapsus utérin viennent, dit l'auteur, à l'appui de son opinion.

Un fait d'anatomie pathologique, consistant dans l'allongement de plusieurs centimètres des ligaments ronds, observé chez une femme morte avec une descente utérine, est aussi apporté par M. Alquié en faveur de sa doctrine.

Ainsi qu'on a pu s'en convaincre d'après tout ce qui vient d'être rapporté, l'idée-mère, l'idée dominante de notre confrère est d'attribuer uniquement le prolapsus utérin à un allongement, à une élongation des ligaments ronds, survenue soit à la suite des tractions exercées du côté de l'utérus, soit arrivée spontanément.

Sans nous arrêter à l'appréciation de cette étiologie, appréciation de laquelle il résulterait, pour nous au moins, que M. Alquié a pris dans certains cas l'effet pour la cause, nous aborderons la partie essentielle de son travail, intitulée utéro-inguinoraphie,

Ce qui a été dit au commencement de notre rapport vous explique déjà la valeur de cette dénomination donnée par l'auteur au procédé qu'il regarde comme curatif des prolapsus utérins, et qu'il décrit à peu près en ces termes : « La femme couchée, la matrice replacée, le chirurgien s'assure du trajet du ligament de Poupart, en mesure la partie moyenne et fait sur ce point une incision de 3 centimètres environ, un peu plus oblique que l'arcade crurale. Si l'on porte le bistouri trop en bas, on peut couper une petite division de la ligamenteuse que l'on lie aussitôt ; l'arcade crurale se présente, on incise un peu obliquement ses fibres dans 2 centimètres d'étendue, toujours à la partie moyenne du ligament de Fallope. Derrière le tissu cellulaire on découvre un point rouge foncé, environné d'une lame celluleuse dense : c'est le ligament rond (qu'il nomme utéro-inguinal). Saisie avec des pinces à dissection, cette enveloppe celluleuse est ouverte, le cordon est saisi et tiré au dehors avec ménagement ».

Le péritoine se présentant à l'anneau, on fait une légère incision circulaire autour du cordon, afin de diviser l'étui cellulo-fibreux qui l'accompagne et on l'en détache avec le manche de l'instrument. Enfin, par des pressions douces, on attire au dehors le cordon qu'on peut faire sortir de 10 centimètres et plus ; on en traverse l'épaisseur avec une aiguille garnie d'un fil qu'on attache dans la partie inférieure de la plaie, dont on réunit les bords par deux points de suture ; puis on opère de la même manière du côté opposé.

Suivent des préceptes donnés en vue de prévenir et de combattre les accidents qui pourraient survenir, et des conjectures sur l'époque de la chute des fils, sur l'époque de la guérison des plaies, etc., etc., le tout terminé par cette conclusion que le succès de cette opération est infiniment probable.

Vos commissaires, messieurs, loin d'admettre avec M. Alquié la probabilité des succès d'une pareille opération, ou plutôt de cette double opération, ont pour conviction qu'elle exposerait infailliblement à des accidents aussi graves que multipliés, et cela sans offrir de chances certaines de remédier à une infirmité qui, si elle est désagréable, n'a rien qui compromette les jours des femmes qui

en sont atteintes. Et ces accidents (M. Alquié est trop instruit pour ne pas les avoir prévus) sont, comme il le sait, d'abord ceux de toute toute opération en général, puis les tiraillements et les lésions traumatiques du péritoine, les déchirures ou les ruptures du ligament, l'inflammation, suite de l'une ou de plusieurs de ces lésions, etc., etc.

Enfin, parlerons-nous des difficultés de l'opération que l'auteur a signalées, n'ayant cependant opéré que sur le cadavre et qui pourraient se multiplier à l'infini sur le vivant? L'un de nous, M. Bérard, qui a fait en notre présence plusieurs essais cadavériques de cette opération, a constaté ces difficultés, et particulièrement celles qui se présentent pour découvrir le ligament.

D'après tout ce qui vient d'être exposé, cette opération, qui exige toujours sa congénère, n'étant nullement admissible dans la pratique, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'approuver M. Alquié d'avoir eu la prudence de ne pas la pratiquer sur le vivant et de reconnaître qu'il existe dans son travail des considération anatomiques dignes d'intérêt.

Aussi ce ne fut qu'en 1881 que le Dr William Alexander, de Liverpool, ignorant encore les travaux d'Alquié, pratiqua avec succès sur une femme atteinte de prolapsus utérin le raccourcissement des ligaments ronds.

Depuis lors, Alexander multiplie ses opérations et, en 1884, il publie une statistique portant sur 22 cas.

Dès que les succès de la méthode d'Alexander furent connus, des réclamations de priorité ne tardèrent pas à s'élever. Le Dr von Langenbeck, de Berlin, aurait, d'après le Dr Reymer, de Neufchâtel, pratiqué cette opération en 1856 à 1857.

Kœberlé, en 1869, faisant une laparatomie pour une occlusion intestinale, rencontre une rétroversion irréductible de l'utérus. Il remet cet organe en place en fixant le ligament large gauche dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Cette intervention ne doit pas toutefois donner la priorité à

Kœberlé pour l'exécution de l'opération, car l'opération a été faite sans aucune préméditation ; d'autre part, elle n'est pas une application directe de la méthode d'Alquié-Alexander. Si nous nous en rapportons, en effet, à la thèse de Simoes. l'utérus ne fut fixé à la paroi abdominale que par l'intermédiaire de l'ovaire et de la trompe.

Mais la compétition la plus ardente est certainement celle d'Adams, de Glascow, qui, faisant des recherches sur cette question, prétend avoir enseigné, dès 1880, les avantages du traitement des déviations et déplacements utérins par le raccourcissement des ligaments ronds. Toutefois, la première note publiée à ce sujet par Adams ne parut que un mois après la première publication d'Alexander.

Quoi qu'il en soit de toutes ces réclamations, il est incontestable que c'est au Dr Alquié que revient l'honneur d'avoir eu, le premier, l'idée de s'opposer aux chutes de la matrice par le raccourcissement des ligaments ronds.

Quant à la priorité pour l'exécution de l'opération, elle appartient évidemment au Dr W. Alexander, qui, le premier, a publié le résultat de ses recherches et de ses opérations.

Nous remplacerons donc l'expression du Dr Manrique disant: « Si nous étions forcé d'ajouter un autre nom à celui du Dr Alexander pour désigner l'opération qui consiste à raccourcir les ligaments ronds, nous n'hésiterions pas à choisir celui du Dr Alquié », par cette autre conclusion : nous sommes donc forcé d'ajouter au nom d'Alquié, qui, le premier, proposa l'opération du raccourcissement des ligaments ronds, celui d'Alexander, qui le premier en fit l'application.

Nous ne nous étendrons pas sur l'évolution que subit l'opération d'Alquié-Alexander depuis 1881 jusqu'à nos jours. Cette partie historique a été longuement étudiée dans la thèse de Simoes.

Qu'il nous suffise de dire que, très en honneur en Angle-

terre et en Amérique, elle a été et est restée froidement accueillie en Allemagne. En France, elle a compté tout d'abord de chauds partisans, après que Duplay eut publié sa première intervention, suivie de succès, et que son élève Beurnier eut démontré que l'opération ne présentait pas anatomiquement de grandes difficultés matérielles. Mais l'Alquié-Alexander ne reste en faveur auprès des chirurgiens français que bien peu de temps, et il est ensuite abandonné par beaucoup d'entre eux. Et si, après Trélat, cette opération compte encore en France quelques défenseurs, parmi lesquels Delbet, et si elle est encore défendue au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Genève par Paul Petit, Chaleit Vivié, elle est, au même Congrès, rejetée et condamnée par Pozzi.

« Tout traitement chirurgical, dit cet auteur dans son » rapport, qui se propose de fixer l'utérus redressé par un » point limité de sa surface ne peut avoir que des résultats » temporaires. La traction constante sur le point d'attache » artificiel produit de nouveau le relâchement. Telle est la » cause des insuccès presque constants, à échéance plus ou » moins longue de l'opération d'Alexander... .D'autre part, les » opérations dont le résultat est solide et durable doivent être » rejetées, parce qu'elles créent un danger pour un accou» chement ultérieur ».

Sans vouloir faire de l'Alquié-Alexander une panacée contre les déviations et les déplacements de l'utérus, nous prétendons démontrer que cette opération, pratiquée suivant des règles bien établies et dans des cas nettement déterminés, fait du raccourcissement des ligaments ronds une des meilleures méthodes de traitement contre les rétro-déviations mobiles de l'utérus, sans conséquences funestes pour une grossesse ou un accouchement ultérieurs.

CHAPITRE II

Anatomie

Nous ne saurions ne pas nous arrêter un instant sur l'anatomie des ligaments ronds. Ce sont précisément les considérations anatomiques qui servent de base à l'opération d'Alquié-Alexander, et qui de plus ont fourni les arguments les plus sérieux aux adversaires de cette opération.

Nous voudrions montrer dans ce chapitre, avec Duplay et Beurnier, que, si ces circonstances anatomiques doivent entrer en ligne de compte dans l'application du raccourcissement des ligaments ronds, elles ne peuvent qu'encourager les chirurgiens à pratiquer cette intervention.

Les ligaments ronds forment deux cordons qui partent, non des angles supérieurs de l'utérus, mais des bords latéraux de cet organe, un peu au-dessous et en avant des trompes. De là les deux cordons se dirigent en avant et en dehors, en décrivant une courbe à concavité interne pour aboutir à l'orifice profond du canal inguinal. Ils traversent ensuite ce canal et s'épanouissent en un pinceau fibreux qui se perd sur les parois du canal et dans le tissu cellulaire du mont de Vénus et de la grande lèvre correspondante.

Les ligaments ronds sont d'abord triangulaires au niveau des ligaments larges, et, lorsqu'ils ont croisé le détroit supérieur, ils deviennent alors cylindriques et conservent cette forme jusqu'à leur partie terminale, où ils s'éparpillent en plusieurs faisceaux.

D'après la plupart des auteurs, les ligaments ronds ont 6 à 7mm de largeur dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus. Dans leur partie terminale ils ont une épaisseur égale à 3mm. Beurnier, qui a fait une étude anatomique des ligaments ronds avec un soin et une précision qui ne laissent rien à désirer, trouve comme dimensions moyennes dans la partie abdominale 1mm 1/2 à 2mm 1/2 et dans la portion inguinale 1 à 2mm. La différence de ces dernières dimensions avec les premières est due très probablement à ce que Beurnier a fait des recherches sur de vieux sujets, où les tissus avaient par conséquent subi un certain degré de dessiccation.

La longueur des ligaments ronds est en moyenne de 12 à 14 centimètres.

Leur résistance est relativement considérable. La statistique de Beurnier, portant sur 90 cas, donne comme moyenne 400 à 900 grammes. Delbet attribue aux ligaments ronds une résistance beaucoup plus grande, puisque, d'après lui, ils peuvent supporter un poids de 2 kilos au moins.

Pour étudier les rapports du ligament rond, nous le diviserons en trois portions. Nous passerons rapidement sur les rapports de la 1re et de la 2e portion pelvienne et portion iliaque, qui nous intéressent peu, nous réservant d'insister plus longuement sur la 3e portion ou portion inguinale.

La portion pelvienne du ligament rond commence donc au niveau de son insertion utérine, qui se fait non pas au niveau de la corne, mais au-dessous de celle-ci et de l'origine de la trompe, sur le bord et la face antérieure de la matrice. A ce niveau, le ligament rond se continue avec les fibres musculaires de l'utérus. De là le ligament rond se poursuit au-dessous du péritoine des ligaments larges, formant à ce niveau l'aileron antérieur. Il franchit le détroit supérieur et arrive ainsi dans la fosse iliaque.

Dans cette seconde portion, le ligament, toujours situé dans

le péritoine, s'étend des ligaments larges jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal. Il croise à angle aigu les vaisseaux iliaques externes, le psoas et se met finalement en rapport avec les vaisseaux épigastriques. Ceux-ci, passant au-dessous du ligament rond, décrivent autour de lui la même courbe, dirigés de dehors en dedans, que celle qu'ils présentent à l'égard du canal déférent.

Le péritoine accompagne donc le ligament dans la portion iliaque.

Que devient le péritoine quand le ligament va pénétrer dans le canal inguinal? Va-t-il l'accompagner? Présente-t-il des adhérences avec le ligament? Les adversaires de l'Alquié-Alexander avaient fait de ces deux questions une de leurs plus grandes critiques contre l'opération de raccourcissement des ligaments ronds. Aussi Beurnier, défendant les intérêts de sa cause, a-t-il brillamment répondu à ces deux objections.

Il a tout d'abord démontré que si parfois le péritoine accompagnant le ligament rond s'invagine avec lui dans le canal inguinal, constituant ainsi le canal de Nück, cette disposition est des plus rares, même chez les nouveau-nés. Dans de nombreuses dissections, il a toujours vu le péritoine se réfléchir sur lui-même au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, en formant un léger repli. Enfin, recherchant si ce repli présentait des adhérences avec le ligament, comme le prétendait Doleris, il a tiré de ses recherches les conclusions suivantes : Si l'on a affaire à des femmes n'ayant jamais présenté d'inflammation soit du péritoine, soit de la fosse iliaque, par une très faible traction l'on arrive facilement à faire glisser le ligament rond sans entraîner avec lui le péritoine. Ce n'est que lorsque la séreuse a été le siège d'affections inflammatoires qu'il présente alors des adhérences parfois intimes avec le ligament.

Mais, disons-le dès maintenant, dans ce dernier cas, nous

sommes en présence d'une rétro-déviation fixe qui n'est pas tributaire de la méthode d'Alquié-Alexander.

Donc, lorsqu'on pratique le raccourcissement des ligaments ronds, en attirant le cordon, le péritoine se réfléchit à sa surface, glisse sur lui. Et d'ailleurs, si par hasard l'on venait à ouvrir la grande séreuse péritonéale, ce ne serait aujourd'hui, grâce aux précautions aseptiques prises, qu'un accident sans importance.

La portion inguinale est, à notre point de vue, la plus importante, car c'est sur elle que le chirurgien va chercher un point d'appui pour tirer sur les ligaments dans l'opération d'Alquié-Alexander.

Si l'on dissèque, plan par plan, la région inguinale chez la femme, l'on trouve tout d'abord la peau, au-dessous d'elle le tissu cellulaire sous-cutané. Si l'on dégage ce trou cellulaire, apparaît alors l'aponévrose du grand oblique, qui en un point se laisse facilement déprimer par le doigt; l'on détermine ainsi l'orifice externe du canal inguinal.

L'aponévrose du grand oblique est ensuite incisée avec précaution sur la sonde cannelée et l'on met ainsi à découvert une tunique cellulo-fibreuse recouvrant du tissu cellulaire que l'on écarte ; l'on arrive alors sur le ligament rond. Chemin faisant l'on rencontre, un peu en avant du ligament, un peloton adipeux et un rameau du génito-crural qui émerge à ce niveau.

Lorsqu'il est dégagé, le ligament rond se présente sous la forme d'un cordon arrondi, entouré de veines qui peuvent devenir variqueuses et qui, dans ce dernier cas, en rendent la recherche moins facile. Dans le canal, le ligament rond est formé d'un seul faisceau principal ; mais celui-ci envoie sur les parois des faisceaux fibreux et tout particulièrement, d'après Paulet, sur la paroi inférieure. Enfin, déjà diminué des fibres qui se sont insérées sur la paroi du canal inguinal,

le ligament rond se termine par une extrémité pénicillée en partie dans le tissu cellulaire du mont de Vénus, en partie dans celui de la grande lèvre.

En ce qui concerne le rôle physiologique des ligaments ronds, nons ne ferons que citer, en passant, l'opinion de Spiegel qui croyait que les ligaments ronds étaient creux et que la semence les parcourait pour se rendre au clitoris.

Mais la plupart des auteurs anciens donnaient aux ligaments ronds un rôle contraire à celui que tous les auteurs sont d'accord pour lui attribuer aujourd'hui. C'est ainsi que Dicrus croyait qu'ils abaissaient l'utérus et par conséquent le museau de tanche, et que lors de l'union des sexes ils amenaient ainsi ce dernier au contact de la verge.

Haller, se basant sur le nombre de vaisseaux que possède le ligament rond et sur leur hypertrophie pendant la grossesse, pensait que ces ligaments déversaient dans les vaisseaux fémoraux le trop-plein du sang de l'utérus gravide.

Il est aujourd'hui reconnu par tous que les ligaments ronds ont pour action de maintenir l'utérus dans sa position normale.

Telles sont les notions anatomiques et physiologiques que nous devions exposer dans ce travail. Elles semblent démontrer que l'on peut arriver à coup sûr et d'une façon très simple à découvrir les ligaments ronds.

L'on a cependant prétendu qu'il n'était pas toujours possible de découvrir ou d'isoler ces ligaments.

Le Dr Rau, de Heidelberg, a fait une statistique très complète des anomalies du ligament rond observées jusqu'en 1850. Il a noté tout d'abord que dans tous les cas, sauf *un*. où l'on a observé l'absence d'un ou des ligaments ronds, cette absence coïncidait avec un défaut de conformation soit de l'utérus. soit des annexes.

Schenk von Grafenberg rapporte en effet un cas d'absence

totale et simple de ligaments ronds. Tous les moyens de fixité de l'utérus existaient, sauf les ligaments antérieurs : « Vincula parte anteriore nulla ».

Dans tous les autres faits d'absence unilatérale ou bilatérale du ligament rond, il existe une lésion, soit de la matrice, soit des annexes.

Le cas de l'absence unilatérale du ligament rond de Meckron se rapporte à une femme qui était privée de ses annexes et du ligament rond du côté droit.

Cruveilhier, dans une hernie crurale de l'utérus, note la dégénérescence de la trompe droite, l'allongement de l'utérus et l'absence complète des ligaments ronds.

Huguier rapporte un autre fait d'absence bilatérale des ligaments ronds, coïncidant avec l'absence des annexes et avec une atrophie considérable de l'utérus.

Ajoutons que toutefois l'absence des ligaments ronds n'est pas liée, comme le voulait Kiwisk, à l'absence ou à l'atrophie de la matrice. Les observations de Fiedemann, de Lucas et d'Engel ont nettement montré que les ligaments ronds peuvent être normaux, alors que l'utérus manque ou est très peu développé.

Ces faits, pas plus que les rares cas de varicocèle du ligament rond, ne peuvent être un obstacle au raccourcissement des ligaments ronds. Ajoutons que Adams, Alexander, Manrique, Beurnier, dans leurs nombreuses recherches, ont toujours trouvé les ligaments.

CHAPITRE III

Manuel opératoire

L'opération d'Alquié-Alexander comprend 3 parties principales : 1° Recherche et mise à nu du ligament ; 2° Son raccourcissement ; 3° La fixation.

Rappelons que l'on doit tout d'abord procéder au curetage de l'utérus.

Anesthésie. — L'on pourra faire soit l'anesthésie générale avec le chloroforme, soit l'anesthésie locale de la peau à la cocaïne ou au chlorure d'éthyle. Nous ne croyons pas qu'il y ait inconvénient à ce que l'on anesthésie la malade par une injection de cocaïne dans le canal rachidien, suivant la méthode de *Bier* ; cependant nous n'avons trouvé aucune observation relatant une opération d'Alquié-Alexander faite avec ce procédé d'anesthésie.

On place la malade sur une table à spéculum de telle façon que ses jambes soient à la fois allongées et écartées.

On rase et on désinfecte soigneusement la région pubienne.

1er Temps. — *Recherche et mise à nu du ligament.* — On établit tout d'abord deux points de repère : l'épine du pubis et l'arcade de Fallope.

Alquié proposait de faire, au niveau de la partie moyenne du ligament de Poupart, une incision de 3 centim., un peu plus oblique que l'arcade fémorale ; Alexander, après avoir

reconnu l'épine du pubis et l'arcade fémorale, fait une incision de 2 à 5 centim. parallèle à la direction du canal inguinal et s'étendant autant en dehors qu'en dedans de l'épine du pubis. Le Dr Imlach croit qu'une incision de 1 centimètre suffit pour saisir le ligament rond.

Avec le Dr Manrique, nous pensons que, si dans cette opération l'on suit la technique d'Alexander, la longueur de l'incision cutanée doit être proportionnée à l'obésité du sujet.

L'on incise ensuite toute la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée. A ce moment l'on aura, d'une façon presque certaine, une hémorragie due à la section de l'artère et des veines sous-cutanées abdominales. On fait l'hémostase.

L'on est ainsi arrivé sur l'aponévrose du grand oblique, on reconnaît les piliers et l'orifice externe du canal inguinal, ainsi que nous l'avons indiqué en étudiant l'anatomie du ligament rond.

C'est après s'être donné du jour en coupant les fibres cunéiformes qu'Alexander va dans le tissu cellulo-graisseux, qui ferme l'orifice externe du canal inguinal à la recherche du ligament rond. Dans le lobule graisseux l'on découvre successivement le filet nerveux du génito-crural, quelques petits vaisseaux, et enfin le ligament rond se présente sous la forme d'un pinceau fibreux.

Se basant sur ce que, d'une part, le ligament rond s'est déjà en partie dissocié dans le canal et que, au niveau de l'orifice externe, le ligament est en réalité constitué par un faisceau pénicillé difficilement isolable, que d'autre part le ligament rond constitue un cordon unique à son entrée dans le canal inguinal, M. Puech propose une modification au manuel opératoire. Afin de rendre la recherche plus facile et sans pour cela augmenter le peu de danger de l'opération, il propose : *D'inciser d'emblée, dans tous les cas, la paroi antérieure du*

canal inguinal, dans une certaine étendue à partir de l'orifice cutané.

Tout d'abord cette incision facilite la mise à nu du ligament; de plus, dit M. Puech, «de nombreuses brides émanées du bord inférieur des muscles transverse et petit oblique viennent s'attacher au ligament rond, comme au canon d'une plume viennent s'insérer les barbes, suivant la pittoresque comparaison de Manrique. La section de ces prolongements, nécessaire pour la dénudation du ligament, sera également simplifiée par l'ouverture du canal inguinal». De plus, en isolant, suivant la méthode d'Alexander, le ligament rond au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, on court le danger, en le séparant de ses connexions inguinales de le casser ou de l'arracher. Ce danger est grandement diminué par la modification opératoire de M. Puech.

L'ouverture du canal inguinal, conseillée par M. Puech, a été adoptée par bon nombre de gynécologistes, parmi lesquels nous citerons MM. Labadie-Lagrave et Legueu (1). Elle a été également préconisée à l'étranger, en 1890, dans un travail publié dans le numéro du 11 octobre du *New-York medic. Journal*, C. M. Edebohls propose d'inciser tout le canal inguinal pour découvrir plus facilement le ligament rond. L'année suivante, dans l'*American Journ. of. Obstet*, P. Newmann réclamait la priorité de cette modification opératoire.

Nous ferons remarquer que les recherches anatomiques et le mémoire de M. Puech datent de 1887.

Un des ligaments étant isolé, on pratique ensuite la même opération du côté opposé.

2e Temps. — *Raccourcissement des ligaments.* — Ainsi isolés et placés sur la sonde cannelée, le chirurgien réduit la

(1) Traité médico-chirurgical de gynécologie, page 405.

déviation ou le prolapsus, soit par la réduction manuelle, soit par l'hystéromètre, suivant l'un ou l'autre cas, et confie à un aide le soin de maintenir la réduction ; l'opérateur tire alors sur les ligaments jusqu'à ce que l'utérus soit ainsi maintenu dans sa position normale. Le chirurgien en est averti par l'aide qui maintient l'utérus réduit. D'ailleurs, à ce moment, il éprouve une assez grande résistance qu'offrent les ligaments à se laisser tirer en avant.

3e Temps. — *Fixation des ligaments*. — La traction accomplie étant suffisante, le chirurgien confie les ligaments à un aide, qui s'oppose à leur rentrée, ou bien les fixe provisoirement sur l'orifice externe du canal avec des pinces de Péan très fortes. Pendant ce temps, le chirurgien désinfecte la plaie et se prépare à fixer les ligaments de la manière suivante : « Une aiguille, munie d'un fil de catgut bien solide, est passée de haut en bas à travers le pilier interne, le ligament rond et le pilier externe. Un autre fil traverse les mêmes parties, mais en sens inverse et en finissant par l'interne. En serrant les fils, il faut avoir soin de les serrer modérément, de façon à ne pas compromettre la vitalité du ligament. En général, deux points de suture sur chaque ligament suffisent pour les fixer pendant le temps nécessaire à la formation d'adhérences.

» Les extrémités des ligaments peuvent être traitées de deux manières, suivant l'état dans lequel elles se trouvent : ou bien on les résèque, si elles sont trop abîmées, ou bien on les pelotonne dans l'angle interne de la plaie» (Imlach).

On place un drain dans l'angle inférieur de la plaie ; suture de celle-ci au catgut. Si l'on a employé la méthode de M. Puech, il faudra reconstituer toute la paroi antérieure du canal inguinal.

On fait un pansement rigoureusement antiseptique et on

place, suivant le cas, un pessaire de Hodgé, ou un pessaire à tige.

La malade est mise au lit, les genoux sur un coussin ou un traversin. La durée de séjour au lit variera entre 3 et 6 semaines.

Bien que nous ayons démontré plus haut que normalement le péritoine glisse sur le ligament rond, quand celui-ci est attiré à l'extérieur, il peut arriver cependant, dans quelques cas très rares, qu'à la suite d'une inflammation, qui n'a pas pourtant occasionné l'adhérence de la déviation, le péritoine et le ligament rond sont plus ou moins adhérents l'un à l'autre au niveau de la fosse iliaque. Par suite, il pourra en résulter l'ouverture de la séreuse. On remédiera facilement à cet accident en plaçant, suivant les conseils de Duplay et Manrique, une ligature au catgut qui conservera le ligament rond et la séreuse, facilitera ainsi les adhérences et empêchera une péritonite consécutive.

Autres procédés de raccourcissement des ligaments ronds pour antéfixation de l'utérus. — L'on a proposé d'autres méthodes de raccourcissement des ligaments ronds pour remédier aux rétro-déviations utérines.

Nous les résumons, ne serait-ce que pour montrer la simplicité et le peu de danger relatifs de l'Alquié-Alexander.

En 1897, au 12e Congrès des sciences médicales de Moscou, Jonesco, de Bukarest, propose une nouvelle méthode applicable à tous les cas de rétro-déviation non compliquée d'annexite.

Il pratique d'abord une cunéo-hystérectomie antérieure; après quoi, il fait le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Son procédé consiste à aviver l'extrémité utérine des ligaments ronds et sa portion correspondante à l'orifice interne du canal inguinal ; il suture les deux surfaces

avivées avec un fil de soie. En outre, pour fortifier ce raccourcissement des ligaments ronds, il fait une plicature des ligaments larges.

Si cette intervention peut être conservée dans les cas de rétro-déviation adhérente, contre lesquels l'opération d'Alquié-Alexander est impuissante, il n'en est pas moins vrai que l'on devra préférer, dans les cas de rétro-déviation mobile non compliquée d'annexite, cette dernière méthode, beaucoup plus simple, beaucoup moins dangereuse, et tout aussi efficace.

Wertheim propose une autre méthode d'antéfixation de l'utérus, avec raccourcissement des ligaments ronds.

Elle consiste d'abord à mettre à découvert le repli vésico-utérin et à faire une incision transversale aussi large que possible de ce repli. Après avoir attiré l'utérus en antéversion, Wertheim met ensuite en évidence les ligaments ronds et successivement les raccourcit de chaque côté au moyen d'une sorte d'anse faite avec chacun d'eux.

Si, comme le prétend l'auteur, cette opération a pour effet de remédier aux inconvénients que présente la fixation de l'utérus même à la paroi abdominale dans le développement de l'utérus gravide, il n'en est pas moins vrai qu'on peut faire à ce procédé les mêmes objections qu'à la méthode de M. Jonnesco, tout au moins en ce qui concerne les rétro-déviations mobiles.

CHAPITRE IV

Aperçu clinique sur les déviations et déplacements de l'utérus

Il est trois sortes de déviations ou déplacements utérins contre lesquels l'on a employé l'Alquié-Alexander : ce sont les rétro-déviations, les antéflexions et le prolapsus. Or, le raccourcissement des ligaments ronds n'est pas, comme on l'a cru quelque temps, le traitement de toutes ces déviations et encore moins du prolapsus de la matrice. Il constitue un traitement excellent si on l'emploie avec discernement et dans des cas nettement indiqués.

Quelles sont donc les indications opératoires?

Il nous est toutefois indispensable, avant d'entrer dans cette étude, de donner un aperçu clinique des rétro-déviations et de l'antéflexion qui, suivant leurs modes, devront ou ne devront pas être traitées par le raccourcissement des ligaments ronds.

L'antéflexion est caractérisée par un angle, plus prononcé qu'à la normale, que fait le corps en s'unissant au col et par la plus ou moins grande fixité de cet angle.

La dysménorrhée, la stérilité, la dysurie sont les caractères les plus frappants de l'antéflexion utérine.

Au redressement brusque, à la dilatation progressive, par des laminaires ou des bougies de Hager, au massage, aux pessaires, on a joint dans leur traitement des interventions chirurgicales nombreuses. Parmi elles, nous ne ferons que

citer les nombreux procédés de discision du col, de la méthode d'utéroplastie de Doyen, enfin l'hystéropexie abdominale, nous réservant d'insister sur les indications et les résultats de l'opération d'Alquié-Alexander, qui trouve aussi son application dans l'antéflexion, suivant que celle-ci est plus ou moins prononcée et suivant qu'elle est ou n'est pas adhérente.

Les rétro-déviations consistent dans une situation de l'utérus telle qu'elle est diamétralement opposée à sa situation normale et que le fond de cet organe vient se mettre en rapport avec les dernières vertèbres sacrées, ou même le coccyx.

On distingue deux sortes de rétro-déviations : la rétroversion et la rétro-flexion. Dans la rétro-flexion, le corps et le col forment un angle aigu plus ou moins ouvert en bas et en arrière.

L'examen bimanuel permet de se rendre facilement compte de la situation anormale de l'utérus et du genre de rétrodéviation.

En outre, la malade présentera de la constipation opiniâtre, des troubles nerveux variables, tels que : des névralgies, des vomissements, de l'excitabilité.

A ces symptômes, qui sont sous la dépendance des rétrodéviations, vient se joindre tout le tableau symptomatique, soit de la métrite, soit de l'annexite. Dans le premier cas, nous aurons de la leucorrhée, des menstruations abondantes et irrégulières, de la dysménorrhée, de la tuméfaction du col.

Dans le second cas, aux symptômes des rétro-déviations se joindront de la douleur nettement localisée aux annexes, des métrorragies fréquentes et abondantes, la leucorrhée avec coliques salpingiennes, des troubles digestifs, parfois très importants.

Le diagnostic de la rétro-déviation et de sa variété est donc facile ; mais il ne suffit pas, car il importe au plus haut

point, au point de vue thérapeutique, d'être bien renseigné sur le degré de facilité de réduction de la rétro-déviation.

A ce sujet, Trélat avait divisé les rétro-déviations de l'utérus en arrière en 3 classes : réductibles, résistantes et adhérentes.

Il nous paraît plus simple, avec un grand nombre d'auteurs, de ne distinguer que deux modes de rétro-déviation : la rétro-déviation mobile et la rétro-déviation adhérente.

Si nous avons précédemment indiqué les principaux symptômes de la métrite et l'annexite, c'est que si d'un côté la métrite est le corollaire de la rétro-déviation mobile, d'un autre côté les adhérences, dans la rétro-déviation, sont la conséquence de la salpingo-ovarite. Par conséquent, les différents symptômes de ces deux affections et surtout la recherche de la mobilité et la réduction de l'utérus dévié permettront de diagnostiquer les rétro-déviations adhérentes des rétro-déviations mobiles. Nous n'insisterons pas sur les différentes méthodes de réduction, que l'on trouvera longuement étudiées dans la thèse du Dr Targhetta.

Il est, enfin, un troisième déplacement de l'utérus pour lequel l'opération d'Alquié-Alexander peut trouver son application : nous voulons parler du prolapsus.

Le prolapsus utérin est surtout caractérisé, au point de vue étiologique, par un relâchement des moyens de fixité de l'utérus. Son traitement devra donc consister dans la réfection de ces différents moyens de fixité, soit que l'on s'adresse aux moyens de contention, soit que l'on intervienne sur l'appareil suspenseur de l'organe. Nous indiquerons, dans un instant, dans quelles conditions le raccourcissement des ligaments ronds devra être compris dans la thérapeutique du prolapsus utérin.

CHAPITRE V

Indications et contre-indications

En nous basant sur les résultats qu'ont donnés les applications différentes de l'opération d'Alquié-Alexander dans les divers déplacements de l'utérus, nous pouvons dire que le raccourcissement des ligaments ronds sera indiqué :

1° Dans tous les cas de rétro-déviation mobile, compliquée ou non de métrite, qu'il s'agisse de rétro-version ou de rétroflexion.

La métrite étant une complication constante ou presque constante de la rétro-déviation, le traitement de celle-ci devra précéder l'opération d'Alquié-Alexander. Il faudra donc toujours pratiquer, avant le raccourcissement des ligaments ronds, le curetage de l'utérus.

2° Dans tous les cas d'antéflexion non adhérente.

3° Dans le prolapsus utérin. Mais, dans ce dernier cas, bien que les résultats d'Alexander, d'Imlach, d'Adams, de Polck, etc., fassent foi de l'efficacité de l'opération d'Alquié-Alexander employée seule, de nombreux insuccès sont également à noter.

Aussi ne devra-t-on agir sur l'appareil de suspension de l'utérus, c'est-à-dire sur les ligaments ronds, que lorsque l'on se sera préalablement adressé aux moyens de contention de l'organe, objet principal de la thérapeutique, soit par la colpopérinéorraphie, soit par la colporraphie antérieure, soit enfin par le cloisonnement du vagin. « Lorsqu'on a recons-

titué le vagin et le périnée, dit Delbet, il est peut-être excellent de faire le raccourcissement des ligaments ronds. C'est le seul des agents de suspension de l'utérus sur lequel on puisse agir aisément. L'opération d'Alexander rendrait, dans ces cas, de grands services, non pas en suspendant l'utérus, mais en le maintenant en antéversion. Ce serait une bonne précaution contre la récidive, car un utérus en antéversion ne peut tomber en prolapsus ».

Par contre, l'Alquié-Alexander sera contre-indiqué :

1° Dans tous les cas de rétro-déviation adhérente.

2° Lorsque, comme l'indique M. Puech, en même temps que la rétro-déviation utérine, existera le prolapsus d'un ou des deux ovaires dans le cul-de-sac de Douglas et leur adhérence à ce seul cul-de-sac.

3° Dans tous les cas d'antéflexion adhérente.

4° Elle ne devra jamais être employée seule dans le prolapsus utérin.

CHAPITRE VI

Résultats de l'opération

Nous avons pu relever 467 observations se rapportant à l'opération d'Alquié-Alexander.

Sur ces 467 cas, 124 ont été relevés par Manrique ; il a noté un seul cas de mort dû à la pyohémie.

Dans 7 cas on n'a pu mobiliser les ligaments ronds, après les avoir découverts.

Dans 7 cas il y a eu récidive.

Dans 6 cas on n'a raccourci qu'un seul ligament.

En résumé, sur ces 124 cas, 1/5 environ n'a pas donné les résultats espérés. Une seule fois l'opération a été suivie de mort, due à la pyohémie.

M. Puech a, de son côté, relevé 133 observations ; 25 fois l'opération fut faite pour le prolapsus utérin, 108 fois elle a été pratiquée pour une rétro-déviation.

Dans les cas de prolapsus il y a eu : 19 guérisons, 2 améliorations, 4 insuccès.

Dans les cas de rétro-déviation, M. Puech a noté : 81 guérisons, 5 améliorations, 22 insuccès ou récidives.

Total : 100 guérisons, 7 améliorations, 26 insuccès ou récidives.

Le D[r] Simoes publie dans sa thèse inaugurale 26 observations anciennes.

Sur 26 observations, 18 ont été communiquées par le

Dr Doleris, 4 par le Dr Picqué, 1 par le Dr Potterat, 3 par le Dr Delbet.

Nous relevons, sur ces 26 cas, 21 guérisons complètes, 5 résultats satisfaisants.

Warde a rassemblé dans sa thèse inaugurale 23 observations, toutes suivies de guérison complète.

Enfin nous relevons dans la thèse du Dr Targhetta 45 observations d'opérations faites suivant la méthode d'Alquié-Alexander.

Sur ces 45 opérées, 2 appartenaient à Novaro, 14 à Berruti, 11 à Bergesio, 2 à Galli, 11 à Bompiani, 5 à Cugiani.

A la suite de ces opérations nous notons :

Guérisons complètes	35
Insuccès.........................	4
Résultats satisfaisants............	5
Récidives........................	1

De plus, sur les 35 guérisons complètes, 9 ont fait des guérisons persistantes, constatées longtemps après l'opération.

Edebohls publie 116 cas, dont 4 furent des insuccès absolus, 4 relatifs.

Dans les 106 autres cas, l'utérus était en antéversion normale, au dernier examen après l'opération. Notons que parmi ces 106 cas, l'auteur a constaté pour certains la guérison complète 6 ans et demi après l'opération.

Grossesse après l'opération d'Alquié-Alexander

Le raccourcissement des ligaments ronds ne nuit pas au développement de l'organe gestateur. Les ligaments ronds raccourcis ne tirent pas sur l'utérus, et ce qui le prouve, ce

sont les nombreux cas de grossesse survenue après l'opération d'Alquié-Alexander.

Alexander rapporte que sur huit de ses opérées devenues enceintes, sept fois l'accouchement fut très facile. Pendant l'accouchement survient, pour le 8e cas, une hémorragie, d'ailleurs sans gravité. Les huit accouchements ont eu lieu à terme.

Imlach a eu, parmi ses opérées, 4 cas de grossesse. Sur les 4 cas, l'accouchement se fait 3 fois dans d'heureuses conditions. Il y eut une présentation du tronc dans le 4e cas.

Jonhnson, chez deux de ses opérées, a eu deux accouchements à terme.

Polx signale un accouchement normal.

Doleris relève 6 accouchements normaux chez 6 de ses opérées.

Newmann, sur 3 grossesses survenues après le raccourcissement des ligaments ronds, a noté 1 avortement et 2 accouchements normaux.

Rivière signale un accouchement normal.

Edebohls relève 12 grossesses. 2 se sont terminées par l'avortement, 6 par un accouchement normal. La terminaison de 4 autres cas ne nous est pas connue.

Targhetta publie l'observation d'une opérée de Bompiani, qui, deux ans après avoir subi l'opération d'Alexander, accoucha normalement d'un enfant à terme.

En résumé, nous avons pu relever 34 accouchements survenus après l'opération d'Alquié-Alexander. Sur ces 34 cas, nous ne relevons que 3 avortements.

Rivière a, d'autre part, rassemblé 17 cas de grossesse après hystéropexie et a noté :

13 accouchements à terme.
2 avortements.
2 accouchements prématurés.

Nous pouvons donc conclure avec cet auteur qu'au point de vue de l'évolution de la grossesse, l'Alquié-Alexander a moins d'inconvénients que l'hystéropexie abdominale.

Quant au procédé d'antéflexion de l'utérus, proposé par Wertheim (voir plus haut), destiné à favoriser le développement de l'utérus gravide, on ne peut encore en tirer aucune conclusion. Cette opération n'a pas encore fait ses preuves.

CONCLUSIONS

1° L'idée de raccourcir les ligaments ronds pour remédier aux déplacements et aux déviations de l'utérus est d'origine française. La priorité revient au Dr Alquié, qui, le premier, proposa cette opération.

Contrairement à ce que dit le Dr Manrique, nous possédons sur la proposition d'Alquié et sur le sort qu'elle subit dans la séance du 5 novembre 1884 de l'Académie de Médecine, des renseignements consignés dans les comptes rendus de l'Académie.

2° L'opération d'Alquié-Alexander devra être pratiquée dans tous les cas de rétro-déviation mobile, non compliquée d'annexite.

Dans tous les cas d'antéflexion non adhérente.

Dans le traitement du prolapsus utérin, elle sera enfin un excellent auxiliaire et un moyen thérapeutique précieux pour éviter les récidives, lorsque toutefois l'on aura préalablement reconstitué les moyens de contention de l'utérus.

3° L'opération, elle-même, est rationnelle, basée sur des données anatomiques précises et d'une grande facilité. De plus, toutes les précautions aseptiques étant prises, elle n'offre aucun danger.

4° La recherche et la dénudation des ligaments ronds sont grandement facilitées par la méthode de M. Puech, qui consiste à inciser toute la paroi antérieure du canal inguinal.

5° Les résultats qu'elle donne sont excellents. Elle replace l'utérus dans sa situation à peu près normale.

6° De toutes les opérations pratiquées contre les déviations et les déplacements de l'utérus, elle est la plus favorable aux accouchements ultérieurs.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 10 mai 1901.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé:
Montpellier, le 10 mai 1901
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alexander.— The Treatment of Backward, Displacements of the uterus and of prolapsus uteri by the new methode of Short. the round ligament. J. et A. Churchill, édict. London, 1884.

Alexander.— *Edinburg med. Journ.*, 1885.

Alquié.— *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1840, tome VI.

Alquié.— *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1844, tome X.

Alvos de Lima.— De la fréquence des lésions annexielles dans les rétro-déviations douloureuses de l'utérus en dehors de la grossesse. Thèse de Paris, 1897.

American Journal of Obstet., 1891.

Bourgery et Jacob.— Anatomie descriptive et physiologique, t. V.

Beurnier.— Recherches sur les moyens de fixité de l'utérus. Thèse de Paris, 1886.

Delbet.— Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, tome VIII.

Edebohls.— Du raccourcissement des ligaments ronds. Indications, technique et résultats. *Annales de gynécologie*, 1896, t. II.

Imlach.— *Edinburg med. Journ.*, 1885.

Imlach.— *Medizinische Neuigkeiten, d'Erlangen*, février 1885.

Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes, 1885.

Forgue et Reclus.— Traité de thérapeutique chirurgicale.

Hache et Tissier.— Communication à la Société clinique de Paris, 1885.

Jonnesco.— *Annales de gynécologie*, année 1897, t. II.

Labrusquière.— *Annales de gynécologie*, 1896. Revue analytique, 1896, t. II, page 144.

Manrique.— Etude sur l'opération d'Alexander, précédée de quelques considérations sur les déplacements de l'utérus. Thèse de Paris, 1886.

New-York medical Journal, 1890.

Pajot.— Travaux d'obstétrique et de gynécologie, 1882.

Puech.— *Montpellier médical*, année 1887, 2e série, t. IX.

Pozzi.— Comptes rendus du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, Genève, 1896.

Pozzi.— Traité de gynécologie clinique et opératoire.

Rivière.— *Annales de gynécologie*, 1893.

Rau.— Beiträge zur kenartnin der rûnden Mutherbänder, Neue-Zeitschrift fur Gebrutskunde, Berlin, 1850.

Simoes.— Des rétro-déviations mobiles. De leur traitement par l'opération d'Alquié-Alexander. Thèse de Paris, 1897.

Targhetta.— Des déviations de l'utérus. Leur traitement, valeur de la méthode Alquié-Alexander. Thèse de Paris, 1893.

Warde (James).— De l'intervention chirurgicale dans les rétro-déviations de l'utérus. Thèse de Paris, 1893.

E. Wertheim.— Neue Methoden der Vaginalen antefixatio uteri. Cent. f. Gyn. 1896, n° 10.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!